

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Primer nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Inicial del segundo nombre                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Fecha de nacimiento:<br>/ /                                                                                                                                                                                                                |  |
| Dirección física                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Apto. n.º                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Estado Código postal                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Dirección postal / Casilla postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Apto. n.º                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Estado Código postal                                                                                                                                                                                                                       |  |
| ¿Estudiante?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                          |  |
| Teléfono celular<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Teléfono de día<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Teléfono alternativo<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Idioma principal:<br>Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano                                                                                                                                   |  |
| Dirección de correo electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Sexo de nacimiento:<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Identidad de género:<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Orientación sexual:<br><input type="checkbox"/> Lesbiana o gay<br><input type="checkbox"/> Heterosexual (no es lesbiana ni gay)<br><input type="checkbox"/> Bisexual<br><input type="checkbox"/> Algo más<br><input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Opta por no revelarlo |  | Pronombres preferidos:<br><input type="checkbox"/> Él<br><input type="checkbox"/> Ella<br><input type="checkbox"/> Ello<br><input type="checkbox"/> Elle<br><input type="checkbox"/> Se niega a contestar<br><input type="checkbox"/> Otro |  |
| Género actual:<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> No diferenciado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> Transgénero masculino / de femenino a masculino<br><input type="checkbox"/> Transgénero femenino / de masculino a femenino<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Opta por no revelarlo                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| ¿A cuál de estos grupos cree que pertenece? <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Se negó a informar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Estado de vivienda: <input type="checkbox"/> con vivienda <input type="checkbox"/> vivienda compartida <input type="checkbox"/> refugio <input type="checkbox"/> calle <input type="checkbox"/> en transición <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> desconocido/no informado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Condición de trabajador migrante (agrícola): ¿Es usted un trabajador agrícola? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no<br>Si la respuesta es sí, marque la casilla correspondiente: <input type="checkbox"/> trabajador migrante (se traslada) <input type="checkbox"/> trabajador de temporada (permanece en el lugar)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Contacto de emergencia (OBLIGATORIO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Teléfono<br>( )                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Parte responsable</b> (información del padre/madre o tutor. Si el paciente es mayor de 18 años escriba en letra de molde la información del paciente).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Primer nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Inicial del segundo nombre                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Dirección física                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Apto. n.º                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Estado Código postal                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Dirección postal / Casilla postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Apto. n.º                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Estado Código postal                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Teléfono de casa<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Ingresos anuales: (Necesitamos esta información para fines de estadísticas).<br><input type="checkbox"/> \$24,000 o menos <input type="checkbox"/> \$25,000 a \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$74,999<br><input type="checkbox"/> \$75,000 a \$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 o más <input type="checkbox"/> Se negó a informar (Iniciales _____) |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Nombre del empleador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Dirección del empleador (calle, ciudad y estado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Teléfono<br>( )                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Seguro médico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 1 - Compañía de seguros principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | N.º de identificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | N.º de grupo                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Dirección                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Nombre del asegurado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Fecha de nacimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Empleador del asegurado                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Él mismo<br><input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro                                                                          |  |
| 2 - Compañía de seguros secundaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | N.º de identificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | N.º de grupo                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Dirección                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Nombre del asegurado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Fecha de nacimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Empleador del asegurado                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Él mismo<br><input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro                                                                          |  |
| <p>Por este medio doy voluntariamente mi consentimiento para la atención médica como paciente ambulatorio en Nevada Health Centers, Inc., incluyendo los procedimientos rutinarios y de diagnóstico y operaciones menores. Además, doy mi consentimiento para que el personal médico y sus asistentes, incluyendo a los asistentes médicos y enfermeros de práctica avanzada, me practiquen exámenes y procedimientos. Entiendo que los asistentes médicos y los enfermeros de práctica avanzada no son médicos autorizados y pueden ayudar a prestar atención médica solo bajo la supervisión y dirección de un médico autorizado. Estoy de acuerdo con el envío de expedientes médicos e información, incluyendo aquellos relacionados con tratamiento médico, procedimientos quirúrgicos, pruebas de laboratorio, servicios psicológicos y consultas, a cualquier persona o entidad responsable de pagar a NVHC.</p> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Firma del paciente, padre/madre o tutor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |

**Nevada Health Centers, Inc.**  
**ACUERDO FINANCIERO**

Autorizo a mi compañía de seguros para que pague directamente a Nevada Health Centers, Inc. los beneficios que se me deban por los servicios prestados por Nevada Health Centers, Inc.

Sé que a pesar de que Nevada Health Centers, Inc. puede estar facturando en mi nombre a mi compañía de seguros, finalmente soy responsable del saldo de mi cuenta.

**Pacientes de Medicare:** Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. acepta la asignación de Medicare; sin embargo, soy responsable de un copago del 20 % al momento del servicio. Nevada Health Centers, Inc. facturará a mi seguro suplementario, siempre que yo dé toda la información necesaria para que lo hagan. Entiendo que Medicare solo paga los servicios que considera médicamente necesarios y que, si surge el caso de que yo pida servicios que Medicare no pagará, yo seré responsable del pago completo.

**Beneficiarios de Medicaid:** Los estatutos federales y estatales requieren la utilización de todas las fuentes antes de facturar los servicios médicos a Medicaid. Otras fuentes incluyen la cobertura de seguro médico y de accidentes privado o del empleador. Certifico bajo pena de fraude que no tengo seguro médico y de accidentes privado ni del empleador como pagador primario, ni para mis dependientes ni para mí. Entiendo que Medicaid solo paga los servicios destinados a tratar una condición médica o enfermedad.

**Pacientes con seguro privado:** Entiendo que soy responsable de saber cuáles beneficios cubre mi póliza de seguro. Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. verificará los beneficios, pero no garantiza que ningún servicio sea un beneficio cubierto. Entiendo que si mi seguro no cubre algún servicio recibido, seré responsable del pago. Entiendo que debo pagar el copago en el momento en que reciba el servicio.

**Pacientes de pago propio:** Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. tiene la política de cobrar el pago de los servicios en el momento en que se reciba el servicio.

**Agencia de cobranzas de terceros:** Si no ha respondido a nuestros intentos por cobrar los saldos pendientes, podemos optar por enviar su cuenta a una agencia de cobranzas.

---

Firma del paciente/padre/madre (si el paciente es menor de edad)

---

Fecha

---

Testigo

---

Fecha